

# Formularz Zgłoszenia Szkody z Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

**SIGNAL IDUNA**



SIGNAL IDUNA Polska  
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

## WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA SZKODY

Wszelkie kopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem

1. Kopia dowodu osobistego poszkodowanego lub rodzica/ opiekuna prawnego (w przypadku gdy poszkodowany jest osobą niepełnoletnią).
2. Kopia dokumentacji medycznej z udzielania pierwszej pomocy po zdarzeniu zawierająca opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, wyniki badań.
3. Kopię dokumentacji medycznej z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań.
4. Kopia zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia.
5. Inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenie.

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM)

Numer polisy  Okres ochrony ubezpieczeniowej od  do

### 1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

(w przypadku, gdy Poszkodowaną osobą jest niepełnoletni, zgłoszenie szkody powinno być wypełnione i podpisane przez prawnego opiekuna osoby Poszkodowanej)

Imię i nazwisko/ Nazwa firmy

Adres zamieszkania/ Siedziby

Kontakt telefoniczny  Mail:

### 2. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Adres korespondencyjny

Kontakt telefoniczny  Mail:

Czy Ubezpieczony jest osobą pełnoletnią?  Tak  Nie, prosimy podać prawnego opiekuna:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres korespondencyjny

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przesyłanie korespondencji odnośnie zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (e-mail, sms)?  Tak  Nie

### 3. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

Data  Miejsce wypadku:

Okoliczności oraz przebieg wypadku:

Doznane obrażenia ciała:

Nazwa i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku:

Nazwa i adres placówki medycznej prowadzącej leczenie po wypadku:

Dane personalne, specjalizacja oraz adres lekarza prowadzącego leczenie:

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?

Nie - przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

Tak - data zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

Czy byli świadkowie wypadku?  Nie  Tak, prosimy podać dane personalne oraz adresy świadków:

Nazwa i adres instytucji prowadzącej sprawę, jeżeli do wypadku doszło w wyniku przestępstwa lub wypadku drogowego, Nr sprawy:

Czy w chwili wypadku Poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających?  Tak  Nie

#### 4. DYSPOZYCJA SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI SIGNAL IDUNA POLSKA TU S.A.

Kwotę świadczenia proszę przesłać na wskazany poniżej rachunek bankowy:

właściciel rachunku: \_\_\_\_\_ nazwa, oddział banku: \_\_\_\_\_

numer rachunku bankowego:

#### 5. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

- Oświadczam, że podane przez mnie dane w niniejszym formularzu zgłoszenia roszczenia odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia. Jestem świadomy(a), że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych do rozpatrzenia roszczenia, SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.
- Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 38 ust. 1-9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, tudzież do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami dotyczącymi okoliczności wymienionych w powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej (w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celach weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, a także informacji o przyczynie śmierci z wyłączeniem badań genetycznych. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.
- Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych osobowych zbieranych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia jest SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 31. Zebrane dane będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celu informowania o produktach SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. i w celach archiwalnych oraz po wyrażeniu stosownej zgody w celach marketingowych pozostałych spółek należących do Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przetwarzane w celu jej realizacji, natomiast w przypadku odmowy udzielenia ubezpieczenia dane będą przetwarzane w celach archiwalnych. Zebrane dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, w tym reasekuratorom. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy ubezpieczenia.

Czytelny podpis Poszkodowanego/ prawnego opiekuna

Miejscowość i Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Miejscowość i Data